

СПРАВОЧНИК ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ

для
индивидуальных
поставщиков услуг



“Мы живем тем, что
мы получаем, но мы
создаем жизнь тем,
что мы отдаем”.

- Сэр Уинстон Черчилль

AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION
Washington State Department of Social and Health Services

Справочник по трудоустройству для индивидуальных поставщиков услуг

ВВЕДЕНИЕ	1
Как следует пользоваться справочником по трудоустройству для индивидуальных поставщиков услуг	1
ПРОЦЕСС НАЙМА	1
Проверка биографических данных на наличие преступлений и дактилоскопия	2
Заключение контракта	2
Требования по обучению	3
Причины, по которым в заключении контракта может быть отказано	5
ПОЛУЧЕНИЕ ОПЛАТЫ	6
Ведомость учета рабочего времени индивидуального поставщика услуг (DSHS 15-051)	6
Заполнение Ведомости учета рабочего времени	7
Образец Ведомости учета рабочего времени	8
Уведомление о социальном обслуживании системы оплаты социальных услуг (SSPS) (DSHS 14-259)	9
Образец уведомления о социальном обслуживании системы оплаты социальных услуг (SSPS)	10
Счет-фактура системы оплаты социальных услуг (DSHS 08-141)	12
Образец счета-фактуры системы оплаты социальных услуг	13
Служба срочной пересылки счета-фактуры	15
Использование службы срочной пересылки счета-фактуры	16
Отправка вашего счета-фактуры системы оплаты социальных услуг по почте	16
Услуга прямого зачисления средств на счет	17
Как обратиться за помощью	18
Распространенные проблемы, возникающие при получении чека, и способы их решения	18
Извещение о денежном переводе гарантиной системы (DSHS 07-071)	19
ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ТРУДОВОЙ ЗАНЯТОСТИ	20
Налоги	21
Другие отчисления из вашего платежного чека	21
Получение документа, подтверждающего доход	21
Пособие по безработице	21
Страхование здоровья - траст медицинского страхования группы работодателей местного отделения 775 профсоюза SEIU	22
План Basic Health	22
СТРАХОВКА ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ	23
Если вы увольняетесь с работы	23
Рекомендации и подтверждение занятости	23
Случай, когда ваш контракт может быть расторгнут	24

Лицо, которому
вы предоставляете
услуги
личного ухода,
является
вашим
работодателем.

Как следует пользоваться справочником по трудоустройству для индивидуальных поставщиков услуг

В Справочнике по трудоустройству для индивидуальных поставщиков услуг (*Employment Reference Guide for Individual Providers (IPs)*) приводится обзор многих аспектов, касающихся вашей работы, о которых вам следует знать. Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с данным Справочником.

Всех индивидуальных поставщиков услуг представляет профсоюз, который называется Международный союз работников сферы обслуживания (Service Employees International Union, SEIU). Это результат того, что в 2002 году большинство индивидуальных поставщиков услуг проголосовало за создание союза.

Многие из условий вашего трудоустройства регулируются коллективным договором SEIU (договора с профсоюзом) местного отделения 775. В этом договоре вы можете найти информацию о вашей ставке заработной платы, о том, когда вы можете ожидать повышение, и о связанных с трудоустройством льготах.

Позвоните в местное отделение профсоюза 775 профсоюза SEIU по бесплатному номеру телефона **1-866-371-3200**, если вы не получили копию этого договора профсоюза или если у вас имеются вопросы о коллективном договоре, профсоюзе либо членстве в профсоюзе.

В будущем, если у вас появятся вопросы, то прежде чем звонить куда-либо, чтобы получить ответ, снова изучите этот Справочник. Оглавление, которое приводится на обратной стороне обложки, поможет вам быстро найти требуемую информацию.

Процесс найма

В данном виде занятости ваш потенциальный работодатель получает услуги через Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS). Прежде чем департамент DSHS от имени вашего работодателя сможет оплатить предоставленные вами услуги, вам придется выполнить дополнительные требования и действия. Так, вы должны:

Процесс найма

- Собеседование
- Нормы и требования, применяемые к контракту
- Заключение контракта
- Обучение и подготовка

- Быть лицом, достигшим возраста 18 лет.
- Предоставить удостоверение личности с фотографией и карточку социального обеспечения или разрешение на работу в США. Сведения, указанные в данных документах, должны совпадать. В противном случае вам придется обратиться за новой карточкой социального обеспечения или удостоверением личности с фотографией, чтобы сведения в документах совпадали.
- Пройти проверку биографических данных на наличие преступлений и дактилоскопию.
- Заключить контракт с департаментом DSHS и подтвердить свое согласие с содержащимися в нем требованиями.

ПРОВЕРКА БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ НА НАЛИЧИЕ ПРЕСТУПЛЕНИЙ И ДАКТИЛОСКОПИЯ

Вас попросят заполнить Заявление на проведение проверки биографических данных на наличие преступлений (*Criminal History Background Inquiry Application*).

Если вы прожили в штате Вашингтон менее трех лет, вам также придется снять отпечатки пальцев. Если в результате проверки биографических данных будет выявлено наличие судимостей за определенные виды преступлений, **то в этом случае законодательство штата запрещает заключать с вами контракты или оплачивать ваши услуги из федеральных фондов или фондов штата.**

Проверки биографических данных проводятся по меньшей мере один раз каждые два года на протяжении периода вашей работы.

Проверки биографических данных проводятся по крайней мере один раз каждые два года на протяжении периода вашей работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОНТРАКТА

Вас попросят прочитать и подписать Контракт о предоставлении услуг клиентам департамента *DSHS (DSHS Client Service Contract)*. Внимательно прочтите контракт. В данном контракте в общей форме описывается то, что вы обязуетесь делать, принимая оплату от департамента *DSHS* за предоставление услуг клиентам департамента *DSHS*. Вы должны заполнить и подписать этот контракт, прежде чем вы сможете начать получать плату. Дата заключения контракта является первой датой, когда вы можете получить оплату, независимо от того, когда вы начнете работать.

Вас попросят заполнить и подписать два (2) оригинала формы *Контракта о предоставлении услуг клиентам департамента DSHS*. Оба экземпляра также должны быть подписаны социальным работником департамента *DSHS* или менеджером по делу Районного управления по делам престарелых (*Area Agency on Aging, AAA*). Один экземпляр будет возвращен вам, чтобы вы хранили его вместе с другими документами. Контракты с Отделом помощи имеющим инвалидность вследствие порока развития (*Department of Development of Disabilities, DDD*) подписывает представитель отдела *DDD*.

Если вы смените свое имя, вы должны будете составить новый контракт с социальным работником или менеджером по делу вашего работодателя. Для этого вы должны будете предъявить социальному работнику или менеджеру по делу вашего работодателя новую карточку социального обеспечения и удостоверение личности с фотографией. В ходе этой процедуры будут сняты копии данных документов, подписаны два экземпляра нового контракта, один из которых будет предоставлен вам.



Все индивидуальные поставщики услуг должны пройти курс обучения.

Требования по обучению

Законодательная власть штата Вашингтон осознает важность услуг, предоставляемых лицами, осуществляющими уход, к которым относитесь и вы. В соответствии с законодательством ВСЕ лица, предоставляющие уход для клиентов департамента DSHS (за исключением индивидуальных поставщиков услуг отдела DDD, обеспечивающих уход с целью предоставления отдыха обслуживающим лицам и личный уход), обязаны пройти процедуру профориентации, начальную подготовку и затем продолжать повышать свою квалификацию.

Все индивидуальные поставщики медицинских услуг должны пройти двухчасовой курс под названием *Видеоматериалы и учебное пособие для самостоятельного изучения материалов по профориентации лиц, осуществляющих уход*, в течение 14 календарных дней после начала работы со своим первым клиентом департамента DSHS.

Все индивидуальные поставщики медицинских услуг должны пройти либо учебный курс *Пересмотренные основы осуществления ухода* либо курс *Измененные основы осуществления ухода для самостоятельного изучения*, а также курс по технике безопасности в течение 120 дней после начала работы. Необходимость прохождения курса *Измененные основы осуществления ухода для самостоятельного изучения* зависит от предыдущей профессиональной подготовки.

ВЫ ОБЯЗАНЫ ЗАПИСАТЬСЯ НА КУРС ПОДГОТОВКИ И ЗАКОНЧИТЬ ЕГО В ТЕЧЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СРОКА 120 ДНЕЙ ПОСЛЕ ВАШЕГО НАЙМА. Если вы не пройдете курс в течение 120 дней, все время вашей работы после окончания отведенного срока НЕ БУДУТ ОПЛАЧЕНЫ вам. Чтобы вновь получать оплату в качестве индивидуального поставщика услуг, вы будете обязаны оплатить и пройти курсы самостоятельно.

Менеджер по делу или социальный работник, прикрепленный к вашему работодателю, может помочь вам узнать, каким образом и где вы можете пройти данный курс. По мере возможности вас направят на занятия, которые проводятся в вашем районе.

В течение каждого календарного года, следующего после года, когда вы прошли курс *Пересмотренные основы осуществления ухода* или *Измененные основы осуществления ухода для самостоятельного изучения*, вы должны пройти не менее десяти (10) часов одобренных занятий по повышению квалификации (*approved continuing education (CE) training*). Темы занятий по повышению квалификации должны касаться осуществления ухода.

Вы можете пройти занятия по повышению квалификации в любое время в течение календарного года. Если вы не сделаете этого, вы не получите оплату за часы работы, которые вы отработаете начиная с 1 января следующего календарного года.

Менеджер по делу или социальный работник помогут вам понять и выполнить данное требование по повышению квалификации. Они также могут предоставить вам конкретную информацию о занятиях по повышению квалификации, проводимых в вашем районе.



После прохождения необходимого количества часов обучения по повышению квалификации вы должны будете получить документ, подтверждающий, что вы прошли эту подготовку.

Требования по подготовке к выполнению обязанностей по медсестринскому уходу

Если вам будут переданы какие-либо обязанности по медсестринскому уходу посредством специальной процедуры передачи данных обязанностей, вы будете обязаны выполнить следующие дополнительные требования, касающиеся подготовки.

Вы должны иметь квалификацию помощника по медсестринскому уходу, либо дипломированного, либо аттестованного.

Если вы являетесь...	Вы должны успешно пройти...
Аттестованным помощником по медсестринскому уходу (Nursing Assistant — Registered)	Начальную подготовку (“Пересмотренные основы осуществления ухода” или другой одобренный департаментом DSHS курс начальной подготовки), а также курс передачи помощнику обязанностей по медсестринскому уходу
Дипломированным помощником по медсестринскому уходу (Nursing Assistant — Certified)	Курс передачи помощнику обязанностей по медсестринскому уходу

При наличии определенных обстоятельств менеджер по делу вашего работодателя может отказать вам в заключении контракта.

ПРИЧИНЫ, ПО КОТОРЫМ В ЗАКЛЮЧЕНИИ КОНТРАКТА МОЖЕТ БЫТЬ ОТКАЗАНО

Несмотря на то что ваш новый работодатель нанимает и контролирует вас как своего индивидуального поставщика медицинских услуг, согласно законодательству и соответствующим положениям менеджер по делу или социальный работник вашего работодателя при наличии определенных обстоятельств может отказать вам в заключении контракта.

*Например, менеджер по делу или социальный работник вашего работодателя **может отказать вам в заключении контракта, если:***

- У вас есть другая работа или личные обязанности, которые не позволяют или мешают вам предоставлять услуги, указанные в плане обслуживания.
- Вы живете слишком далеко от вашего работодателя, что не позволяет вам предоставлять услуги в соответствии с планом обслуживания.
- Врач, предоставляющий медицинские услуги вашему работодателю, или другие осведомленные лица заявляют, что вы не способны обеспечить надлежащий уход.
- Имеются сведения, что ранее вы совершали насилие в семье, в отношении вас было вынесено распоряжение о прекращении контактов или вы были замечены в противоправном поведении.
- Вы злоупотребляете наркотиками или алкоголем.

*Менеджер по делу или социальный работник вашего работодателя **обязан отказать вам в заключении контракта, если:***

- Вы являетесь супругом (супругой) вашего работодателя [за исключением случаев, когда ваш (a) супруг (a) получает услуги по выполнению повседневных домашних обязанностей].
- Вы имеете судимости за определенные преступления.
- Вы проявляли жестокое или небрежное обращение в отношении ребенка или совершеннолетнего, оставляли ребенка или совершеннолетнего в беспомощном положении или эксплуатировали их.
- Вам было отказано в выдаче лицензии, аттестации или заключении контракта на уход за ребенком или беспомощными совершеннолетними, либо действие данных документов было приостановлено, аннулировано или прекращено по причине несоблюдения федеральных правил и/или правил штата.
- Вы уже удовлетворяете потребности вашего потенциального работодателя, ухаживая за ним на неофициальных условиях.
- Менеджер по делу или социальный работник провели оценку потребностей вашего потенциального работодателя и не выявили никаких неудовлетворенных потребностей в уходе.
- Вы не были наняты лицом, являющимся клиентом департамента DSHS.



Получение оплаты

ВЕДОМОСТЬ УЧЕТА РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ (DSHS 15-051X)

Ведомость учета рабочего времени индивидуального поставщика услуг (*Individual Provider Timesheet*) используется для записи количества часов, которое вы отработали за день. Заполнение данной Ведомости учета рабочего времени должно стать неотъемлемой частью ваших повседневных обязанностей. Менеджер по делу или социальный работник вашего работодателя могут попросить вас показать им заполненную Ведомость учета рабочего времени.

Вы и ваш работодатель должны проверять Ведомость учета рабочего времени на предмет точности записанной в ней информации и ежемесячно подписывать ее. Данные Ведомости учета рабочего времени обеспечивают защиту ваших интересов и возможность отчетности по вашей работе.

Ведомость учета рабочего времени:

- Представляет собой документ, в котором фиксируется проделанная вами работа.
- Помогает сократить количество разногласий между вами и вашим работодателем в отношении отработанных часов, дней и выполненной работы.
- Предоставляет менеджеру по делу/социальному работнику вашего работодателя возможность контролировать количество часов и работы, которые вы выполняете.

Заполнение вашей Ведомости учета рабочего времени должно стать неотъемлемой частью ваших повседневных обязанностей.

Ваш работодатель предоставит вам необходимое количество форм Ведомости учета рабочего времени. Ведомости учета рабочего времени были переведены на несколько иностранных языков. Обратитесь к менеджеру по делу или социальному работнику вашего работодателя, если вам требуется Ведомость учета рабочего времени на другом языке.

Предоставьте один экземпляр Ведомости учета рабочего времени вашему работодателю, а другой экземпляр сохраните для личного пользования.

Неточное и/или несвоевременное заполнение вашей Ведомости учета рабочего времени может привести к задержке или отказу в оплате ваших услуг либо, возможно, к расторжению контракта.



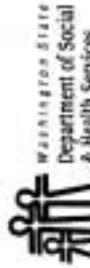
Для получения оплаты своих услуг от департамента DSHS необходимо вести Ведомость учета рабочего времени.



ЗАПОЛНЕНИЕ ВЕДОМОСТИ УЧЕТА РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ

- Напишите имя вашего работодателя печатными буквами в верхней части формы в поле "CLIENT/EMPLOYER NAME" (ИМЯ КЛИЕНТА/РАБОТОДАТЕЛЯ).
- Напишите свое собственное имя печатными буквами в поле "INDIVIDUAL PROVIDER'S NAME" (ИМЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ).
- Укажите календарный месяц в поле "MONTH" (МЕСЯЦ) и год в поле "YEAR" (ГОД).
- Укажите время начала работы в поле "TIME SERVICE BEGAN" (ВРЕМЯ НАЧАЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ) в строке "A" ниже числа, обозначающего день месяца. Обязательно укажите AM (до полудня) или PM (после полудня).
- Укажите время окончания работы в поле "TIME SERVICE ENDED" (ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ) в строке "B".
- Укажите общее количество рабочих часов за день в строке "C".
- Укажите расстояние в милях, которое вы проехали, осуществляя перевозку своего работодателя в течение данного дня (если вы действительно перевозили своего работодателя).
- Выполняйте данную операцию каждый рабочий день в течение месяца.
- В конце месяца подсчитайте общее количество рабочих часов, указанных в строке "C", и укажите сумму в графе "Totals" (Итого).
- Отметьте галочкой все указанные в форме виды работ по личному уходу, которые вы выполнили в течение данного месяца согласно указаниям, содержащимся в плане обслуживания.
- После заполнения формы попросите вашего работодателя проверить правильность указанной в ней информации. Если работодатель согласен с количеством указанных рабочих часов, он/она должен (должна) поставить свою подпись под текстом "CLIENT'S SIGNATURE" (ПОДПИСЬ КЛИЕНТА).
- Поставьте свою подпись под текстом "INDIVIDUAL PROVIDER'S SIGNATURE" (ПОДПИСЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ).
- Используйте Ведомость учета рабочего времени для точного заполнения счета-фактуры системы оплаты социальных услуг (SSPS Service Invoice).
- Храните один экземпляр в своем комплекте документов (в течение двух (2) лет), а другой экземпляр предоставьте вашему работодателю для подшивки в его/ее комплект документов.

Ведомости учета рабочего времени предоставляются на вьетнамском, испанском, камбоджийском, китайском, корейском, лаосском, русском языках и языке сомали. Обратитесь к менеджеру, ведущему ваше дело, если вы считаете, что наличие ведомости учета рабочего времени на одном из этих языков будет полезно.



**AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION
INDIVIDUAL PROVIDER TIME SHEET**

ADSA Aging & Disability
Services Administration

CLIENT/EMPLOYER NAME		INDIVIDUAL PROVIDER'S NAME												MONTH		YEAR	
Smith, Cheryl		Paris, Rita												July		2005	
Day of Month		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
A	TIME SERVICE BEGAN	8 A	10 A	10 A		9 A	9:30 A	9:30 A			9 A	9 A	9 A	8 A			
B	TIME SERVICE ENDED	3 P	1 P	1 P		3 P	1:30P	1:30P			3 P	3 P	3 P	4 P			
C	TOTAL HOURS EACH DAY	7	3	3		6	4	4			6	6	6	8			
D	MILEAGE																
Day of Month		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTALS
A	TIME SERVICE BEGAN	10 A	10 A	9 A				9:30 A	9:30 A	9 A	9:30 A		8:30 A				
B	TIME SERVICE ENDED	1 P	1 P	1 P		3 P		2:30 P	2:30 P	3 P	1:30P		1:30 P				
C	TOTAL HOURS EACH DAY	3	3	6				5	5	6	4		5				90
D	MILEAGE																
CHECK TASKS PERFORMED DURING MONTH																	
<input checked="" type="checkbox"/> Meal Preparation <input type="checkbox"/> Eating <input type="checkbox"/> Escort/Transport to Medical		<input checked="" type="checkbox"/> Dressing <input checked="" type="checkbox"/> Personal Hygiene <input type="checkbox"/> Bed Mobility/ Positioning		<input checked="" type="checkbox"/> Bathing <input checked="" type="checkbox"/> Transfer <input type="checkbox"/> Application of Lotion/ Ointment		<input checked="" type="checkbox"/> Housework <input type="checkbox"/> Wood Supply <input type="checkbox"/> Dry Bandage Change		<input checked="" type="checkbox"/> Management <input type="checkbox"/> Toenails Trimmed <input type="checkbox"/> Motion Treatment									
INSTRUCTIONS																	
A. Enter time service began – indicate AM or PM as appropriate. B. Enter time service ended – indicate AM or PM as appropriate. DO NOT send these time sheets to Case Managers. Keep completed time sheets in our records for two (2) years. Copies will be requested by Case Managers at the time of reassessment.																	
CLIENT'S SIGNATURE												INDIVIDUAL PROVIDER'S SIGNATURE					
<i>Cheryl Smith</i>												<i>Rita Paris</i>					

Хорошие специалисты по уходу являются:

- независимыми
- терпимыми
- бдительными и внимательными
- проявляющими самодисциплину
- последовательными в своих действиях
- любящими помогать другим
- заботливыми
- сострадательными
- терпеливыми
- ответственными
- способными решать проблемы



УВЕДОМЛЕНИЕ О СОЦИАЛЬНОМ ОБСЛУЖИВАНИИ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ (SSPS) (DSHS 14-259X)

Уведомление о социальном обслуживании системы оплаты социальных услуг (SSPS Social Service Notice) направляется вам, когда:

- разрешение на предоставление услугдается впервые;
- происходят какие-либо изменения, касающиеся разрешенных услуг или платежей;
- ваш работодатель лишается права на получение услуг и ваша должность аннулируется.

В Уведомлении о социальном обслуживании системы оплаты социальных услуг указывается тип и максимальное число единиц обслуживания, которые вы имеете право предоставлять своему работодателю (ям) ежемесячно. Данные единицы будут выражаться в часах (HR) или милях (MI).

Если вы получите Письмо о социальном обслуживании системы оплаты социальных услуг (SSPS Social Service Letter), обязательно проверьте правильность следующей информации:

- вашего имени;
- вашего почтового адреса;
- единиц услуг (часов, миль);
- суммы платежа.

Если какие-либо из сведений указаны неверно, немедленно позвоните социальному работнику или менеджеру по делу, выдающим разрешения на предоставление услуг, чтобы исправить ошибку. Если вы не позовите им, чтобы сообщить об ошибках, вам могут неправильно начислить оплату. Имя и номер телефона лица, которому необходимо звонить в таких случаях, указывается в нижней части Уведомления о социальном обслуживании системы оплаты социальных услуг (SSPS Social Services Notice).



**Social Services
Notice**

Local Office Name
Address

Date

Provider Number
Provider Name
Address

Authorization Number

THIS IS TO NOTIFY YOU THAT:

1. AUTHORIZATION FOR *Provider Name* TO PROVIDE COPIES FOR *Client Name* IS CHANGED OR UPDATED TO THE FOLLOWING:

SERVICE IS APPROVED FROM 07-07-03 THROUGH 05-31-04. THE RATE IS \$**x.xx** PER HOUR FOR UP TO 90 HOURS PER MONTH FOR A MAXIMUM OF \$**xxx.xx** PER MONTH.

- YOU WILL RECEIVE A SERVICE INVOICE EACH MONTH. FILL OUT THE INVOICE ACCORDING TO THE INSTRUCTIONS.
- SOCIAL SECURITY AND MEDICARE TAXES WILL BE WITHHELD FROM EMPLOYEE WAGES. THE STATE OF WASHINGTON PAYS THE EMPLOYER'S SHARE ON BEHALF OF *Provider Name*, THE EMPLOYER.
- PAYMENT OF THIS SERVICE WILL GENERATE A W-2. FICA TAXES WILL BE REFUNDED AFTER YEAR-END WHEN ANNUAL PAYMENT FOR SERVICE TO ONE CLIENT IS UNDER THE YEARLY FICA LIMIT. INCOME TAX IS NOT WITHHELD.

IF YOU HAVE QUESTIONS, PLEASE CALL *authorized Case Manager or Social Worker* AT *telephone number*.

INFORMATION FOR SERVICE PROVIDER

The information on this notice is confidential. You may not give out information without the client's written permission.

The client(s) named on the first page of this notice is authorized to receive the service(s) listed for the dates specified. DSHS will not pay for the service(s) provided before the services start date or after the service end date. If the changes are made to this authorization, you will be notified with another social service notice.

Please call the authorization worker identified on the first page of this notice if any information is incorrect.

INFORMATION FOR CLIENT

The information on the first page of this notice tells what services are approved for you or your family.

You must tell the authorizing worker identified on the first page of this notice if:

- There is a change in the person who provides the service;
- There is a change in the amount of service you are receiving;
- Your income or resources change;
- Your address or your provider's address changes.

THE DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (DSHS) MAY NOT PAY FOR THE SERVICE UNLESS DSHS APPROVES THE CHANGE AHEAD OF TIME.

If DSHS decides to suspend, reduce, or stop service, DSHS must tell you in writing. You must tell the service provider of this change in service or eligibility.

If you disagree with an action or decision by DSHS, you can request a review. These are steps you must take:

1. Discuss the situation with your worker.
2. Talk with your worker's supervisor.
3. Ask for an administrative review **OR** request a hearing.

If you disagree with a decision, other than an exception to rule/policy, you have the right to request a hearing. You do not have a right to a hearing for an exception to rule/policy decision; however, you may file a complaint in accordance with Chapter 388-426 WAC. You have a limited amount of time to request a hearing before you lose the right to have one. Ask your worker about the time frames and requirements for requesting a hearing and for a copy of any laws or WAC rules that apply to your situation. To request a hearing, write to:

**OFFICE OF ADMINISTRATIVE SERVICES
PO BOX 2465
OLYMPIA WA 98507-2465**

СЧЕТ-ФАКТУРА СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ (DSHS 08-141)

Счет-фактура системы оплаты социальных услуг (*Social Service Payment System (SSPS) Service Invoice*) используется для того, чтобы помочь вам подсчитать ваши единицы обслуживания и представить количество данных единиц в департамент DSHS. Счета-фактуры на оплату услуг, предоставляемые системой SSPS/департаментом DSHS за текущий месяц, выписываются 22 числа (или в ближайший к данному числу рабочий день). Счета-фактуры на оплату услуг отправляются в почтовое отделение во второй половине дня 22 числа или на следующий рабочий день.

Заполните Счет-фактуру на оплату услуг, чтобы подтвердить количество часов, отработанных вами в течение данного месяца. Вы можете сообщить о количестве данных часов, отправив письмо по почте либо позвонив по телефону, воспользовавшись службой срочной пересылки счета-фактуры (*Invoice Express*) (см. стр. 15). Вам не следует представлять ваш Счет-фактуру на оплату услуг по телефону или отправлять его почте до того, как вы подсчитаете количество часов, отработанных вами в течение данного месяца.

Счета-фактуры на оплату услуг, переданные службе Срочной пересылки счета-фактуры или Системе оплаты социальных услуг до 16:30 последнего рабочего дня месяца, будут обработаны для начисления оплаты в течение первого рабочего дня **следующего** месяца. Как правило, чеки будут высыпаться вам на второй рабочий день следующего месяца.

Счета-фактуры на оплату услуг, обработанные до 16:30 любого рабочего дня после первого рабочего дня следующего месяца и после предоставления услуг, будут обработаны и, как правило, будут высыпаться в течение следующего рабочего дня.

Чеки за услуги, предоставленные в текущем месяце, не обрабатываются и не высыпаются. Например, если 24 мая вы сообщите о количестве отработанных в мае рабочих часов, чек за данные услуги будет обработан только после первого рабочего дня в июне.

Любые изменения, о которых будет сообщено после 20 числа текущего месяца, вступят в силу только в следующем месяце.

Вам не следует представлять ваш Счет-фактуру на оплату услуг по телефону или отправлять его почте до того, как вы подсчитаете количество отработанных вами часов.



Чеки за услуги, предоставленные в текущем месяце, никогда не высыпаются.

INVOICE

INVOICE NUMBER

PAGE OF

PAYEE NUMBER

PROVIDER NUMBER:

FOR MONTH ENDING:

10-31-05

HOW TO PROCESS YOUR INVOICE

TO SIGN UP FOR DEPENDABLE DIRECT DEPOSIT, SEE INSTRUCTIONS. FOR PAYMENT ISSUES,
INCLUDING TIMELINESS, SEE INSTRUCTIONS.

**SOCIAL SERVICE PAYMENT SYSTEM (SSPS)**

Telephone invoice Express at 1-888-461-8855 and follow
the instructions (recommended).

OR

Follow the instructions sent with this form. **Attach**
postage stamp(s) before mailing.

P
A
Y
E
EP
R
O
V
I
D
E
R

1	SERVICE RECIPIENT COPES PARTICIPATION	SERVICES PERIOD 10/01/05 TO 10/31/05	AMOUNT AUTHORIZED \$160.00	AUTHORIZED RATE \$160.00	SERVICE UNIT MON	TOTAL UNIT 1	SCHOOL HOLIDAY CARE
	SERVICE NAME		REFERENCE		MON	1	
CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D. 3	REPORTING UNIT	SERVICE CODE	COLLECT AMOUNT SHOWN ABOVE FROM CLIENT		
2	SERVICE RECIPIENT COPES PER CARE INDIV	SERVICES PERIOD 10/01/05 TO 10/31/05	AMOUNT AUTHORIZED \$828.00	AUTHORIZED RATE \$9.20	SERVICE UNIT HRS	TOTAL UNIT 90	SCHOOL HOLIDAY CARE
	SERVICE NAME		REFERENCE				
CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE			
3	SERVICE RECIPIENT	SERVICES PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
	SERVICE NAME	TO	REFERENCE				
CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE			
4	SERVICE RECIPIENT	SERVICES PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
	SERVICE NAME	TO	REFERENCE				
CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE			
5	SERVICE RECIPIENT	SERVICES PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
	SERVICE NAME	TO	REFERENCE				
CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE			
6	SERVICE RECIPIENT	SERVICES PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
	SERVICE NAME	TO	REFERENCE				
CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE			

VENDOR'S CERTIFICATE: When you submit this invoice for payment, you are certifying that the items and totals listed herein are proper charges for services, materials, or merchandise furnished to the State of Washington and that all services, materials, or merchandise rendered have been provided without discrimination because of race, color, religion, sex, sexual orientation, national origin, creed, marital status, age, Vietnam era or disabled veterans status, or the presence of any sensory, mental, or physical handicap.

PAYEE SIGNATURE

PROVIDER SIGNATURE

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
ISSD DATA CONTROL
PO BOX 45888
OLYMPIA, WA 98504-5888

If mailing this invoice, make a copy for your records, attach postage and return to:
DSHS 08-141 (REV. 03/2001)

SSPS INVOICE INSTRUCTIONS

DEPENDABLE PAYMENT BY DIRECT DEPOSIT

To eliminate mail problems, use DIRECT DEPOSIT. For an application, write to: SSPS Direct Deposit Desk, PO Box 45812, Olympia WA 98504-4812 or go to: <http://www.dshs.wa.gov/ssps>. Also, visit Access Washington at <http://access.wa.gov> for more information on government services in Washington State.

• FAST PAYMENT

PHONE IN YOUR INVOICE - PROCESS YOUR INVOICE QUICKLY BY TELEPHONE (Recommended!):

1. Fill out the invoice and sign it. Some services require two (2) signatures.
2. Call Invoice Express toll-free at 1-888-461-8855.
3. Listen carefully. Each time you make an entry, you will hear it repeated and be asked if the number is correct.
4. Stay on the telephone after finishing all items. You may review or directly submit for payment.
5. You will be asked to press the asterisk key when finished. You will then hear a confirmation message.
6. IMPORTANT: Do not hang up until you hear the message that your invoice was successfully submitted.
7. Keep the invoice and remittance advice.

NOTE:

- Use a touch-tone telephone.
- Enter zero only when you should **NOT** be paid.
- Do **NOT** mail your invoice after calling Invoice Express.
- If you phone in an invoice already processed, you will hear a message that processing has already occurred.

• PAYMENT BY PHYSICAL MAIL

MAIL IN YOUR INVOICE - Process your invoice by mail with your own postage. Fill out the invoice as follows. Make a copy for your records.

WHITE BOXES

Authorized Rate: DO NOT FILL IN THIS BOX UNLESS YOU ARE CLAIMING A RATE LOWER THAN IS PRINTED.

School Holiday Care: This box is only for hourly child care for a school age child when you have provided care during school holidays. Enter the number of extra hours of care you provided during school holidays.

BOLDED BOXES

Service Unit: Each (EA), Hour (HR), Day (DA), and Mile (MI) are preprinted and cannot be changed.

If the Service Unit is MONTH (MON) and you provided service for the full SERVICE PERIOD enter MON in the bolded Service Unit box. If you are claiming less than the full SERVICE PERIOD, enter DA for Day in the service unit box. Then enter the number of days care was provided in the Total Units box. **NOTE:** If you enter DA in the Service Unit box and then claim more days than are in the service period, the invoice will reject, preventing payment until correction.

Total Units: Enter the number of units provided. If service was not provided, enter 0. For a daily service, count every day, including the begin day and the end day. For example: 6-10 - 6-20 is 11 days, not 10.

ENTER WHOLE NUMBERS ONLY (no fractions or decimals).

SIGNATURE BOXES

Payee: A SIGNATURE IS ALWAYS REQUIRED.

Provider: The Social Service Notice will tell you when two signatures are required.

CAUTION

- Do **NOT** leave a bolded box blank or the invoice will be mailed back to you, delaying payment.
- Do **NOT** send notes or attach anything to the invoice.
- Do **NOT** cross out pre-typed information.
- Do **NOT** write in changes other than those specifically allowed for above.
- **PUT POSTAGE ON THE ENVELOPE BEFORE MAILING.**

Why isn't my payment any quicker than it is?

According to the state constitution, the state cannot pay for a service until the service is complete. Payment to a vendor is considered timely if made within 30 days of the receipt of a properly completed invoice plus mail time, according to RCW 39.76.010. **SSPS makes it a top priority to not only pay faster than required, but to pay as fast as is technically and legally possible.** The social service worker does need to authorize services within deadlines to have an invoice generated.

For more information on SSPS, visit our web site at: <http://www.dshs.wa.gov/ssps>. For Washington State government information and services, visit <http://access.wa.gov>.



СЛУЖБА СРОЧНОЙ ПЕРЕСЫЛКИ СЧЕТА-ФАКТУРЫ (INVOICE EXPRESS)

Служба срочной пересылки счета-фактуры (Invoice Express) - это простой и быстрый способ представления ваших Счетов-фактур системы оплаты социальных услуг (SSPS Service Invoice) к оплате.

Служба Invoice Express позволяет вам:

- зарегистрировать ваш Счет-фактуру на оплату услуг по телефону в любое время;
- избежать любых задержек, которые могут возникнуть при отправке вашего Счета-фактуры почтой;
- позвонить в течение последнего дня месяца (до 16:30), чтобы представить информацию о количестве часов и благодаря этому получить чек быстрее, чем при отправке счета-фактуры на оплату услуг почтой в течение последнего дня месяца;
- оперативно исправить ошибки в любой момент до нажатия на клавишу *. После получения сообщения о введении информации уже слишком поздно делать какие-либо изменения;
- позвонить, чтобы получить подтверждение того, что ваш Счет-фактура на оплату услуг был обработан до первого числа данного месяца.

Служба Invoice Express не позволяет вам:

- снизить ставку оплаты услуг; ставку оплаты нельзя изменить по телефону (отправьте ваш счет-фактуру на оплату услуг почтой, если в нем содержатся какие-либо изменения ставки оплаты);
- зарегистрировать ваш счет-фактуру на оплату услуг повторно.

Служба срочной пересылки счета-фактуры (Invoice Express) - это простой и быстрый способ представления ваших счетов-фактур системы оплаты социальных услуг (SSPS Service Invoice) к оплате.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЛУЖБЫ СРОЧНОЙ ПЕРЕСЫЛКИ СЧЕТА-ФАКТУРЫ

Прежде чем позвонить в данную службу, заполните форму вашего Счета-фактуры на оплату услуг. Воспользуйтесь ей, чтобы представить информацию о количестве предоставленных вами единиц обслуживания. Сохраните бумажную копию Счета-фактуры на оплату услуг для вашего пользования. Позвоните по телефону **1-888-461-8855**.

The fast, easy way to submit your SSPS invoice for payment!

Use your invoice to report services by telephone

- 1 Your first question to answer when calling Invoice Express is whether your invoice is Regular or Supplemental. The answer to that question is found here.
- 2 You will be asked to use the numbers on your telephone to enter the first 3 digits and then the 6 digits after the letter and dash of your invoice number.
- 3 To make sure no other person can get to your invoice by telephone, you will be asked to enter the payee number shown in this gray shaded box.
- 4 Invoice Express will read the last 4 digits of your reference number, so that you will know which line you are on.
- 5 The lines will be read to you starting with @001, until you have entered the number of units you have served or a 0 on all service lines.
- 6 Invoice Express will read to you the type of service unit. In the case of months (MON), you will be able to report either a full month or a partial month by reporting the number of days served (DA).
- 7 When you are asked to enter the units, use the numbers on your telephone number pad.

INVOICE(SUPPLEMENTAL)

REF#	001	INVOICE NUMBER	899999	PERIOD SERVED	05-31-98
INSTRUCTIONS TO INVOICER:					
1. Fill in all items pink unless on all lines with services. 2. Do not send notes or attachments. Any notes or attachments sent to you will be returned to you and payment will be delayed. 3. Sign the invoice and keep the blue copy for your records.					
BILL TO:		Rardin, Fransie 401 W Mullan St Spokane, WA 99223			
INVOICE:		Rardin, Fransie 401 W Mullan St Spokane, WA 99223			
1. SERVICE PERIOD		05/01/98	4000.92	0+18	144
CHARLES, CHAZ		05/31/98	000-00-0001	00	000
PS RESPIRE CARE-HOSPITAL					
4518432832		05/01/98	2. 000000	000	000
CHARLES, CHAZ		05/31/98	410.23	0+13	47
000 PS TRANSR - HOSPITAL		05/31/98	000-00-0002	00	000

These are the bolded boxes on your invoice.

ОТПРАВКА ВАШЕГО СЧЕТА-ФАКТУРЫ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ПО ПОЧТЕ

Если вы решите отправить ваш Счет-фактуру системы оплаты социальных услуг по почте, ознакомьтесь с указаниями, которые отправляются вам почтой ежемесячно вместе с вашим Счетом-фактурой на оплату услуг. Вы получите чек через 14 рабочих дней после отправки вашего Счета-фактуры на оплату услуг по почте.

Отправьте ваш счет-фактуру системы оплаты социальных услуг по следующему адресу:

Attn: ISSD Data Control
P.O. Box 45889
Olympia, WA 98504

Услуга прямого
зачисления начинает
действовать в
течение шести
недель после
отправления вашего
запроса.

Вы можете
выбрать услугу
прямого
зачисления
(Direct Deposit)
вместо получения
чеков по почте.

УСЛУГА ПРЯМОГО ЗАЧИСЛЕНИЯ СРЕДСТВ НА СЧЕТ

Система оплаты социальных услуг (Social Service Payment System, SSPS) позволяет вам зачислять ваши деньги непосредственно на ваш чековый или сберегательный счет. Вы можете выбрать услугу прямого зачисления (Direct Deposit) вместо получения чеков по почте.

После того как данная услуга будет полностью оформлена, прямое зачисление оплаты на счет будет осуществляться в течение пяти рабочих дней, следующих после первого рабочего дня месяца, когда *Счет-фактура на оплату услуг* был успешно зарегистрирован в нашей системе.

Большинство лиц удовлетворяют требованиям для предоставления услуги прямого зачисления оплаты. Вам может быть отказано в предоставлении данной услуги, если:

- ваши чеки выписывают на чье-либо другое имя, например, получателю денежных средств, осуществляющему попечительство, или лицу, за которым вы ухаживаете;
- ваш доход подлежит аресту;
- вы часто меняете свой банковский счет;
- вы не сохраняете минимальный баланс на счете, который требуется банком.

Если вы хотите получать платежи департамента DSHS посредством прямого зачисления средств (Direct Deposit), вы должны заполнить и отправить ряд форм, а также получить необходимую вам информацию. Существует несколько способов получить данные формы и информацию. Вы можете посетить веб-сайт <http://asd.dshs.wa.gov/ssps/>, где вам следует нажать на ссылку "Direct Deposit" (Прямое зачисление средств).

Кроме того, вы можете обратиться к менеджеру по делу и социальному работнику вашего работодателя с просьбой предоставить вам брошюру департамента DSHS "Прямое зачисление средств" (DSHS 22-361X). В брошюре имеется отрывная форма, воспользовавшись которой, вы можете отправить запрос на получение необходимых форм и информации по почте. Услуга прямого зачисления начинает действовать в течение шести недель после отправления вашего запроса.

Помимо этого, вы также можете отправить письмо с запросом на получение той же информации. В письме следует ОБЯЗАТЕЛЬНО указать следующие сведения:

- вашу заинтересованность в получении форм запроса на услугу Прямого зачисления и соответствующей информации;
- номер поставщика услуг системы оплаты социальных услуг;
- ваше имя;
- улицу/дом/квартиру;
- город/штат/почтовый индекс;
- номер телефона с кодом района.

Направьте ваш запрос по следующему адресу:

Department of Social and Health Services
Attn. SSPS
P.O. Box 45812
Olympia, WA 98504-5812

КАК ОБРАТИТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ

Если у вас возник вопрос по поводу оплаты, прочитайте все материалы данного раздела (см. стр. 6-20). Возможно, вы сможете найти ответы на свои вопросы без необходимости звонить кому-либо. Если после повторного изучения данного раздела вы не сможете узнать, что вам необходимо делать, позвоните менеджеру по делу или социальному работнику вашего работодателя.

Свяжитесь с менеджером по делу или социальным работником вашего работодателя, если:

- у вас возникли вопросы о том, как заполнять ваш Счет-фактуру на оплату услуг системы оплаты социальных услуг (*SSPS Service Invoice*);
- у вас возникли вопросы о единицах обслуживания, указанных в Счете-фактуре системы оплаты социальных услуг;
- отсутствует название услуги или имя уполномоченного лица;
- в Счете-фактуре системы оплаты социальных услуг указывается имя уполномоченного лица, которому вы НЕ предоставляли услуги, и/или НЕ предполагается, что данное лицо вернется в свой дом;
- вы не получили Счет-фактуру системы оплаты социальных услуг за текущий отработанный вами месяц, а данный день является последним рабочим днем этого месяца;
- ваше имя или адрес изменились.

Помните:

- Вы не имеете права увеличивать количество часов обслуживания, за исключением случаев, когда соответствующие изменения были внесены в план обслуживания вашим работодателем и его/ее менеджером по делу или социальному работнику.
- Вам не оплатят дополнительные часы, на которые не было получено разрешения менеджера по делу или социального работника.

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЧЕКА, И СПОСОБЫ ИХ РЕШЕНИЯ

Что делать, если в моем счете-фактуре системы оплаты социальных услуг содержится неправильная информация?

Если вы получите Счет-фактуру системы оплаты социальных услуг, в котором указаны не все услуги, которые вы имели право предоставить, или услуги указаны в меньшем объеме или за меньший период времени, чем вы отработали, позвоните менеджеру по делу или социальному работнику вашего работодателя. Услуга (и) должна (ы) быть включены в Счет-фактуру на оплату услуг системы оплаты социальных услуг, прежде чем вы сможете получить за них оплату.

Счет-фактуру можно переслать по новому адресу, в то время как чеки - нельзя. Об изменениях имени и адреса следует сообщать незамедлительно.

Ваш счет-фактура системы оплаты социальных услуг считается представленным с задержкой, если вы не получили его до наступления последнего рабочего дня данного месяца.

Оплата за услуги, предоставленные в течение текущего месяца, будет отправлена только после второго рабочего дня следующего месяца.



Что делать, если я не получу мой счет-фактуру системы оплаты социальных услуг (SSPS Service Invoice)?

Ваш Счет-фактура системы оплаты социальных услуг считается представленным с задержкой, если вы не получили его до наступления последнего рабочего дня данного месяца. В случае, если счет-фактура на оплату услуг был представлен с задержкой, свяжитесь с социальным работником и менеджером по делу вашего работодателя.

Что делать, если я потеряю мой счет-фактуру системы оплаты социальных услуг (SSPS Service Invoice)?

Чтобы подать запрос о предоставлении копии Счета-фактуры системы оплаты социальных услуг, следует связаться с социальным работником и менеджером по делу вашего работодателя.

Что делать, если мой чек задерживается?

Если вы отправили свой Счет-фактуру системы оплаты социальных услуг, учитывайте, что он будет получен и обработан в г. Olympia через пять рабочих дней после его отправки. После первого числа месяца Счета-фактуры системы оплаты социальных услуг, обработанные до 17 часов любого рабочего дня, как правило, высылаются почтой в течение двух рабочих дней. Определяя, задерживается ли ваш чек, примите во внимание задержки, связанные с работой почтовой службы.

Следует помнить о том, что платежи за услуги, предоставленные в течение текущего месяца, **высылаются только после второго рабочего дня следующего месяца.**

Чтобы узнать, когда вам следует ожидать получение платежей при использовании службы срочной пересылки счета-фактуры (Invoice Express), прочитайте раздел "Счет-фактура системы оплаты социальных услуг" (DSHS 08-141) на стр. 12.

Могу ли я позвонить в систему оплаты социальных услуг (SSPS) самостоятельно?

Нет. Позвоните менеджеру по делу или социальному работнику вашего работодателя.

Что делать, если мой чек будет утерян?

Если ваш чек будет утерян, менеджер по делу или социальный работник вашего работодателя попросит вас подписать аффидевит под названием "Утеря, кража или утрата платежного документа" (Lost, Stolen, or Destroyed Warrant) (DSHS 09-13x) и нотариально засвидетельствует его. Вы получите другой чек не ранее чем через 30 дней после выписки первоначального чека.

Что делать, если в моем чеке указана неверная информация?

Позвоните менеджеру по делу или социальному работнику вашего работодателя.

Что делать, если я представлю мой Счет-фактуру системы оплаты социальных услуг по телефону/отправлю его почтой и обнаружу, что я предоставил (а) сведения о большем количестве услуг/часов, чем указал (а)?

Свяжитесь с социальным работником и менеджером по делу вашего работодателя.

Что делать в случае изменения моего почтового адреса?

Во избежание задержки оплаты немедленно позвоните менеджеру по делу или социальному работнику вашего работодателя. Сообщите об изменении адреса, чтобы можно было обновить информацию, хранящуюся в компьютере системы социальных выплат. Помните, что почта будет отправлять по новому адресу только счета-фактуры, чеки по новому адресу отправляться не будут.

Буду ли я получать оплату, если мой работодатель отправится в отпуск, дом престарелых или инвалидов либо ляжет в больницу?

Нет.

ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕНЕЖНОМ ПЕРЕВОДЕ ГАРАНТИЙНОЙ СИСТЕМЫ - (DSHS 07-071)

Форма извещения о денежном переводе гарантойной системы (Warrant System Remittance Advice) отправляется вам вместе с вашим чеком. В ней содержится индивидуальный отчет о платежах департамента DSHS. Сохраните ее с целью учета.

Если вы используете услугу Прямого зачисления средств (Direct Deposit), вы получите извещение об электронном денежном переводе (Electronic Funds Transfer Remittance Advice) незадолго до того дня, когда ваши деньги будут зачислены на ваш счет в банке.

Общая информация о трудовой занятости

НАЛОГИ

Большинство индивидуальных поставщиков медицинских услуг получают оплату как от департамента DSHS (от имени вашего работодателя), так и непосредственно от своего работодателя (участие работодателя в оплате услуг). Сотрудники департамента DSHS не удерживают федеральный подоходный налог из данных платежей.

В конце года департамент DSHS отправит вам форму отчета о зарплате W-2 (W-2 wage statement) (если вы получили доход в этом календарном году). В данной форме содержатся только сведения о платежах, направленных вам непосредственно департаментом DSHS от имени вашего работодателя в течение указанного года. Платежи, полученные вами непосредственно от вашего работодателя, в отчет включены не будут.

Для получения информации об уплате федеральных подоходных налогов, которые могут включать ежеквартальные расчетные налоговые выплаты, звоните в Налоговое управление (IRS) с понедельника по пятницу с 8:15 до 16:15.

- Информационная линия Налогового управления: 1-800-829-1040
- Формы Налогового управления: 1-800-829-3676
- Веб-сайт Налогового управления: www.irs.gov

Во избежание задержки оплаты немедленно позвоните менеджеру по делу или социальному работнику вашего работодателя, если ваш почтовый адрес изменился.

Чтобы получить информацию о подоходном налоге, позвоните в Налоговое управление (Internal Revenue Service, I.R.S) по телефону 1-800-829-1040.

Несмотря на то что департамент DSHS не является вашим работодателем, департамент (за некоторыми исключениями) является сторонним плательщиком (Third Party Payor), несущим ответственность за удержание и уплату налога по программе Medicare и по социальному обеспечению (согласно Федеральному закону о налогообложении в фонд социального страхования (FICA)) из платежей, выплачиваемых вам департаментом DSHS от имени вашего работодателя.

Департамент DSHS (за некоторыми исключениями) также является сторонним плательщиком (Third Party Payor), несущим ответственность за уплату федерального налога и налога штата в фонд помощи безработным (согласно Закону о федеральном налоге / налоге штата в фонд помощи безработным (FUTA / SUTA)).

Ваш работодатель также может нести ответственность за удержание налога по программе Medicare и по социальному обеспечению из платежей, выплачиваемых вам непосредственно вашим работодателем.

ДРУГИЕ ОТЧИСЛЕНИЯ ИЗ ВАШЕЙ ЗАРПЛАТЫ

Из вашей зарплаты будут ежемесячно вычитаться профсоюзные взносы SEIU, а также взносы на медицинское страхование и страхование от несчастного случая на рабочем месте (L & I).

ПОЛУЧЕНИЕ ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ДОХОД

Запрос о предоставлении документа, подтверждающего доход, должен быть подан лично вами в письменном виде. Социальный работник или менеджер по делу не может предоставить вам документ, подтверждающий доход.

Вы должны отправить письменный запрос по адресу:

SSPS
P.O. Box 45812
Olympia, WA 98504-5812

ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ

Если ваша работа в качестве индивидуального поставщика услуг заканчивается, вы можете подать в Департамент обеспечения занятости (Employment Security Department, ESD) заявление о выплате пособий по безработице. Для этого вы также должны отвечать всем требованиям департамента ESD. При заполнении форм департамента ESD указывайте имя и адрес вашего работодателя. Департамент DSHS, Районное управление по делам престарелых (Area Agency on Aging) и сотрудники этих организаций не являются вашими работодателями.

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ - Траст
медицинского страхования группы работодателей
местного отделения **775** профсоюза **SEIU**
Начиная с февраля 2005 г. Траст медицинского
страхования группы работодателей профсоюза **SEIU** (SEIU
Multi-Employer Health Benefits Trust) будет предлагать льготы
по медицинскому, стоматологическому и
офтальмологическому обслуживанию только отвечающим
требованиям индивидуальным поставщикам услуг с
доплатой 17 долларов в месяц. Чтобы иметь право на
получение медицинских льгот, вы должны проработать
минимум три месяца подряд, минимум 86 часов в месяц и
не иметь права на получение льгот по медицинскому уходу
по другим семейным страховкам или страховкам,
предоставляемым работодателем. Индивидуальные
поставщики услуг, имеющие право на льготы **Medicare**,
могут получить страховку через Траст.



Другие требования, льготы и порядок зачисления определяются Трастом медицинского страхования группы работодателей профсоюза **SEIU**. Сумма вашего ежемесячного страхового взноса в размере 17 долларов будет вычитаться из вашей обычной оплаты после того, как вы будете зачислены и будете соответствовать всем требованиям.

Чтобы получить дополнительную информацию о предлагаемых льготах, позвоните в Траст по бесплатному телефону **1-866-771-7359** или посетите сайт <http://www.SEIU775.org>.

ПЛАН BASIC HEALTH

Вы можете также соответствовать требованиям для участия в плане медобслуживания штата Вашингтон **Basic Health Plan (BHP)**. План **BHP** является планом медицинского страхования, финансируемым штатом. План **BHP** предоставляет медицинское обслуживание по всему штату через частные планы медицинского обслуживания. Являясь индивидуальным поставщиком медицинских услуг, вы можете получить право на участие в плане **BHP** всего за 17 долларов в месяц. В зависимости от уровня дохода вашей семьи члены вашей семьи также могут получить право на участие в данном плане. В данном плане не применяется ценз гражданства или статуса иностранца. План **BHP** не относится к программе **Medicaid**.

Вы можете получить право на участие в данной программе, если:

- ваши доходы и доходы остальных членов семьи отвечают нормам в отношении дохода;
- вы не имеете права на участие в программе **Medicare**;
- вы проживаете на территории штата Вашингтон (необходимо представить документ, подтверждающий местожительство).

Чтобы получить руководство потребителя и таблицы, показывающие размер страховых взносов, которые вы будете платить, и форму заявления, позвоните по телефону **1-800-826-2444** или посетите веб-сайт <http://www.BasicHealth.hca.wa.gov>.

Вы должны предоставить письменное уведомление не менее чем за две недели до увольнения.

Вы не имеете права покинуть или оставить своего работодателя в ситуации, когда он/она не способен (не способна) удовлетворить свои основные жизненные потребности.

Ваш работодатель предоставляет вам рекомендации по своему собственному усмотрению.

СТРАХОВКА ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Индивидуальные поставщики имеют страховку от несчастного случая на рабочем месте (*workers' compensation insurance*) Департамента труда и промышленности штата Вашингтон (*Washington State Department of Labor and Industries*). Это значит, что вы можете подать иск о получении льгот в случае любой производственной травмы или болезни.

Если вам необходимо срочное медицинское обслуживание, обратитесь в ближайшую больницу или к вашему обычному врачу. Сообщите своему врачу о том, что ваша травма или болезнь является производственной, и обязательно заполните форму "Отчет о профессиональном заболевании или травме" ("Report of Injury or Occupational Disease").

Компания **Sedgwick CMS** ведет все иски в отношении страхования от несчастного случая на рабочем месте для индивидуальных поставщиков услуг. Свяжитесь с этой компанией по бесплатному телефону

1-866-897-0386, если вы получили травму на рабочем месте. Для получения более подробной информации и по другим вопросам относительно страхования от несчастного случая на рабочем месте или курсов техники безопасности, обратитесь в Управление по контролю за качеством ухода на дому (*Home Care Quality Authority*) по тел. 1-866-580-4272.

ЕСЛИ ВЫ УВОЛЬНЯЕТЕСЬ С РАБОТЫ

Вы должны предоставить письменное уведомление своему работодателю не менее чем за две недели до своего увольнения. До истечения данного срока вы должны работать в соответствии с назначенным вам графиком. Если вы бросите работодателя одного без необходимой помощи, это может считаться оставлением в беспомощном состоянии и является нарушением закона.

Вы должны предоставить уведомление об увольнении следующим лицам:

- Вашему работодателю и/или его (ее) законному представителю. Данное уведомление **должно быть представлено в письменной форме**.
- Менеджеру по делу или социальному работнику вашего работодателя; любым другим лицам и организациям, которых ваш работодатель должен или требует уведомить.

РЕКОМЕНДАЦИИ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЗАНЯТОСТИ

Ваш работодатель предоставляет вам рекомендации по своему собственному усмотрению. Письменные рекомендации, предоставленные вашим работодателем, являются самым предпочтительным вариантом. Часто рекомендации необходимы в связи с изменением состояния здоровья вашего работодателя, его/ее переезда в учреждение, в котором предусмотрено постоянное проживание, или его/ее смертью, в результате чего пропадает потребность ваших услугах. Постарайтесь получить письменную рекомендацию, пока ваш работодатель может ее предоставить. Обязательно сообщите работодателю, что вы не собираетесь увольняться в данный момент, а думаете о своем будущем.

Лиц, которым требуется подтверждение вашей занятости или размера дохода (в случае подачи заявления на получение ссуды или наведении справок о жилищных условиях и т.д.), следует направлять к вашему работодателю. Социальный работник, менеджер по делу или любой представитель штата Вашингтон не может сделать это вместо вас.

СЛУЧАИ, КОГДА ВАШ КОНТРАКТ МОЖЕТ БЫТЬ РАСТОРГНУТ

Существуют определенные условия и обстоятельства, при которых ваш контракт с департаментом DSHS может быть расторгнут. Например, это может произойти, если ваша неспособность или нежелание осуществлять надлежащий уход ставит под угрозу здоровье, безопасность или благосостояние вашего работодателя (для получения дополнительной информации см. положения с 388-71-0500 по 05952 Административного кодекса штата Вашингтон (Washington Administrative Code, WAC)).

Ниже приведены примеры случаев, когда ваш работодатель или менеджер по делу / социальный работник вашего работодателя могут расторгнуть ваш контракт:

- Ваш работодатель увольняет вас.
- Во время вашей работы вас осуждают за совершение преступлений, которые лишают вас права продолжать данную работу.
- Существуют доказательства насилия в семье, проявления жестокого и небрежного обращения в отношении несовершеннолетнего или беспомощного совершеннолетнего, оставления несовершеннолетнего или совершеннолетнего в беспомощном положении или их эксплуатации.
- Вы не выполнили требования по обучению в течение отведенного для этого срока.
- Вы употребляете или находитесь под воздействием алкоголя или запрещенных наркотических препаратов во время работы.
- Ваше поведение по отношению к работодателю или другим окружающим его/ее людям подвергает работодателя риску причинения ему вреда.
- В отчете врача вашего работодателя говорится, что в результате ненадлежащего ухода с вашей стороны здоровье вашего работодателя ухудшается.
- Вы не смогли предоставить необходимые услуги в соответствии с планом обслуживания вашего работодателя, например лекарственные препараты или расходные медицинские материалы.
- Мы получили жалобу от вашего работодателя или его/ее представителя о том, что он/она не получает от вас надлежащего ухода.

Чтобы соблюсти требования федерального законодательства и законодательства штата, учреждения штата применяют нормы, которые также известны под названием Административного кодекса штата Вашингтон (Washington Administrative Code, WAC).

С Административным кодексом штата Вашингтон можно ознакомиться следующим образом:

- Посетив веб-сайт департамента DSHS, расположенный по адресу <http://www.leg.wa.gov/wac/>
- Посетив вашу районную, публичную библиотеку и попросив сотрудников библиотеки помочь вам.
- Попросив менеджера по делу или социального работника вашего работодателя предоставить вам экземпляр данного кодекса.





В следующих округах существуют центры ресурсов по рабочей силе и выдаче направлений: Spokane, Ferry, Pend Orielle, Stevens, Whitman, Snohomish, Lewis, Thurston и Mason. Центры предлагают услугу регистрации направлений для лиц, ищущих работу индивидуальных поставщиков услуг. Кроме того, центры предлагают услуги наставничества со стороны специалистов такого же профиля и возможности профессионального роста.

Если индивидуальные поставщики услуг заинтересованы в получении дополнительной информации, им следует обращаться к координатору регистратуры по тел. 1-800-970-5456.

Никакая информация, содержащаяся в данном справочном руководстве, не составляет и не подразумевает контракт о трудоустройстве и не создает оснований для продления трудоустройства в качестве индивидуального поставщика услуг. При наличии любых противоречий между информацией, приведенной в данном справочном руководстве, и вашим контрактом, информация в вашем контракте имеет приоритет.

При обслуживании и заключении контрактов департамент DSHS не применяет дискриминацию на основании расовой принадлежности, цвета кожи, пола, сексуальной ориентации, возраста, религии, убеждений, семейного положения, инвалидности или статуса ветерана Вьетнамской войны либо наличия каких-либо физических, психических нарушений или нарушений органов чувств.

Для получения дополнительной информации об уходе и долгосрочном обслуживании посетите следующий веб-сайт:

www.adsa.dshs.wa.gov

На веб-сайте вы сможете найти:

- Бесплатные брошюры и буклеты по вопросам ухода и долгосрочного обслуживания.
- Дополнительную информацию о программе поддержки членов семьи, осуществляющих уход.
- Номера телефонов и адреса местных отделений, обслуживающих престарелых.
- Список семейных домов для совершеннолетних, пансионов или домов престарелых либо инвалидов по отдельным округам.
- Ответы на часто задаваемые вопросы о долгосрочном обслуживании.

Заказ печатных материалов

Вы можете заказать данную брошюру и другие печатные материалы департамента DSHS в Универсальном магазине отдела печати (Department of Printing's (DOP) General Store). Посетите веб-сайт отдела DOP:

www.prt.wa.gov

Печатные материалы также можно заказать:

- Отправив электронное письмо по адресу fulfillment@prt.wa.gov
- По телефону (360) 586-6360
- По факсу (360) 586-6361

Убедитесь, что вы указали название печатного издания, его номер (DSHS 22-xxx), а также (если вы заказываете его по электронной почте, телефону или факсу) контактное имя и почтовый адрес.

